



# Solicitud para Certificado de Registro como Interno Técnico de Farmacia

Cualquier declaración falsa hecha deliberadamente por el solicitante o permitida, en cualquiera de las cláusulas de esta solicitud, será motivo suficiente para rechazar o revocar el Certificado de Interno Técnico después de haberse expedido.

Por la presente solicito bajo juramento, un Certificado de Interno Técnico de Farmacia, de acuerdo a la Ley 247 de 3 de septiembre de 2004. Según enmendada. Me comprometo a practicar un periodo mínimo de 1,000 (mil) horas a partir de la fecha en que la Junta apruebe esta solicitud y me Inscriba como Técnico de Farmacia.



## DECLARACION JURADA (AFFIDAVIT)

Estado o Territorio \_\_\_\_\_

Pueblo o ciudad de \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

**NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE**

Bajo JURAMENTO expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ en

\_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM.: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

**EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADO**

(Llénese a maquinilla o letra de molde)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

ULTIMOS CUATRO NUM. SEGURO SOCIAL #: \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

1. Es usted Ciudadano de Estados Unidos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su status.)

2. Ha sido usted CONVICTO de algún delito Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte.)

**Certificación de Internado**

(Para ser llenado por el Farmacéutico que Supervisara la practica)

Yo, \_\_\_\_\_ vecino (a) de \_\_\_\_\_,

mayor de edad declaro que:

UNO: Que soy Farmacéutico autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta de Farmacia.

DOS: Que conozco personalmente a \_\_\_\_\_, y me consta de propio conocimiento que es persona que goza de buena reputación, la considero acreedora a que se le expida un CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TECNICO DE FARMACIA.

TRES: Que me comprometo a supervisar personalmente y hacerme responsable de dicho Internado, comenzando en la fecha que la Junta de Farmacia expida el Certificado, mediante solicitud por primera vez o algún cambio de preceptor de acuerdo al caso.



CUATRO: Que me comprometo a Certificar luego a la Junta de Farmacia el resultado de tal INTERNADO.

QUINTO: Que me comprometo a notificar a la Junta de Farmacia por escrito tan pronto cese la práctica.

En \_\_\_\_\_ Puerto Rico, a el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma de Farmacéutico (a)

\_\_\_\_\_  
Horario de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Dirección de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la Farmacia



# Certificación

Yo \_\_\_\_\_ vecino(a) de \_\_\_\_\_  
mayor de edad Farmacéutico (a) autorizado (a) a ejercer mediante licencia expedida por la Junta  
de Farmacia de Puerto Rico, cuyo número de licencia es \_\_\_\_\_, DECLARO  
QUE estoy supervisando el INTERNADO  
DE: \_\_\_\_\_.

Declaro además, que superviso a los siguientes Técnicos con Certificado Permanente:

1. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ Núm. Cert. Permanente \_\_\_\_\_

**Estudiantes de Farmacia o Interno Técnico de Farmacia. Favor de incluir el horario de práctica.**

1. \_\_\_\_\_ Univ. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ Univ. \_\_\_\_\_ Horario \_\_\_\_\_

**Por la Ley 247 de 3 de septiembre de 2004, según enmendada, Ley de Farmacia de Puerto Rico, un Farmacéutico podrá supervisar con relación a la dispensación de medicamentos en un mismo horario a no más de cinco (5) Técnicos de Farmacia, o a un (1) Interno de Farmacia o Interno de Técnico de Farmacia, para un máximo de (5) cinco personas bajo su supervisión.**

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA FARMACEUTICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DE LA FARMACIA

\_\_\_\_\_  
DIRECCION COMPLETA DE LA FARMACIA

**RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TECNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISION. SI SUPERVISA OTRO INTERNO ESTUDIANTE DE FARMACIA O TECNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIJIR CON EL OTRO.**



## HORARIO DE PRÁCTICA DE FARMACIA DEL ESTUDIANTE

DIAS	MAÑANA (AM)	TARDE (PM)	NOCHE (PM)	TOTAL DE HORAS
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				
DOMINGO				
<b>TOTAL DE HORAS SEMANALES</b>				

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha

### **HORARIO DEL PRECEPTOR**

*Lunes* \_\_\_\_\_

*Martes* \_\_\_\_\_

*Miércoles* \_\_\_\_\_

*Jueves* \_\_\_\_\_

*Viernes* \_\_\_\_\_

*Sábado* \_\_\_\_\_

*Domingo* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Preceptor

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

**RECORDATORIO: EL PRECEPTOR DEBE NOTIFICAR EL NÚMERO DE CERTIFICADO PERMANENTE DE LOS TECNICOS DE FARMACIA BAJO SU SUPERVISION. SI SUPERVISA OTRO ESTUDIANTE DE FARMACIA O INTERNO TECNICO DE FARMACIA DEBE INDICAR EL HORARIO DE ESE ESTUDIANTE Y EL MISMO NO PUEDE CONFLIJIR CON EL OTRO.**

JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO

P.O. Box 10200, San Juan, Puerto Rico 00908-0200

(787) 765-2929 exts. 6608, 6602

[maria.fuentes@salud.pr.gov](mailto:maria.fuentes@salud.pr.gov), [margery.figueroa@salud.pr.gov](mailto:margery.figueroa@salud.pr.gov)



## Instrucciones para el Solicitante

1. Los solicitantes deberán proveer toda la información requerida en la solicitud.
2. Los derechos a pagar por el CERTIFICADO DE REGISTRO COMO INTERNO TECNICO DE FARMACIA, es de \$50.00 dólares en giro postal o bancario a favor del SECRETARIO DE HACIENDA.
3. **NINGUNA PERSONA** podrá empezar la práctica como INTERNO TECNICO DE FARMACIA, sin haberse provisto un Certificado de Registro expedido por la Junta y de hacerlo, se expondrá a las penalidades fijadas por la Ley.
4. El interno de técnico de farmacia, solo podrá actuar como tal bajo la supervisión inmediata de su farmacéutico preceptor. Un interno de técnico de farmacia no podrá, en ningún momento, ejercer las funciones de un técnico de farmacia certificado, de acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 247.
5. La práctica de Interno Técnico de Farmacia empezará a contar desde la fecha de recibo del Certificado de Practicante para Estudiantes Aspirantes a Técnicos de Farmacia.
6. El certificado de practica **NO ES RENOVABLE**. De tener alguna dificultad que impida continuar la práctica, deberá notificar a la Junta de Farmacia y devolver el certificado original.
7. **RECUERDE SACAR COPIA DE SUS DOCUMENTOS.**

## Requisitos

(LA SOLICITUD DEBERA VENIR ACOMPAÑADA CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS)

- ORIGINAL Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico (No más de un (1) meses de expedido a la fecha en que radica la solicitud).
- ORIGINAL Y COPIA Certificado de Nacimiento
- ORIGINAL Y COPIA de su Tarjeta de Seguro Social
- COPIA de la carta de Colegiación vigente de su Preceptor
- COPIA del Certificado de Registro de Profesionales vigente de su Preceptor
- Información del preceptor completa (copia del registro y copia de la colegiación)
- COPIA de la matrícula de la institución donde estudia
- ORIGINAL Certificación Negativa de Asume
- DOS SOBRES pre-dirigidos con sellos.
- Giro a nombre del Secretario de Hacienda por la cantidad de \$50.00 dólares o ATH o tarjeta de crédito.

**NO SE ACEPTARAN SOLICITUDES INCOMPLETAS**



## PARA USO DE LA JUNTA

CERTIFICADO DE INTERNO/ESTUDIANTE

CAMBIO DE PRECEPTOR

AÑADIR PRECEPTOR

SOLICITUD APROBADA

SOLICITUD DENEGADA

SOLICITUD CONDICIONADA

RAZON: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SOLICITUD EVALUADA POR:

\_\_\_\_\_

Miembro de Junta

FECHA DE EVALUACION: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miembro de Junta

---

---

JUNTA DE FARMACIA DE PUERTO RICO

P.O. Box 10200, San Juan, Puerto Rico 00908-0200

(787) 765-2929 exts. 6608, 6602

[maria.fuentes@salud.pr.gov](mailto:maria.fuentes@salud.pr.gov), [margery.figueroa@salud.pr.gov](mailto:margery.figueroa@salud.pr.gov)